Artículo de actualización

Hacia caída cero en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Towards zero fall in the Neonatal Intensive Care Unit

Rumo a zero queda na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Lic. María Dolores Ramírez Martiarena[1]

RESUMEN

En el ámbito de la neonatología, la seguridad del recién nacido representa un desafío crítico que trasciende las definiciones convencionales de caída. Este artículo explora la prevención de caídas y desplazamientos accidentales, definidos como descensos repentinos que resultan en el contacto involuntario del neonato con el suelo u otra superficie. En Argentina, se estima que esta realidad podría afectar potencialmente a entre 240 y 660 recién nacidos cada año; una cifra que recuerda que, debido a su fragilidad absoluta, todo neonato enfrenta un riesgo universal.

Frente a este escenario, se propone transformar la cultura del cuidado mediante tres ejes: la protección del escenario del cuidado, asegurando barreras físicas como incubadoras; la seguridad en el movimiento, que demanda vigilancia extrema durante traslados y procedimientos; y la consolidación de la sostenibilidad institucional, mediante una gestión operativa que promueva la transparencia reflexiva ante el error y el monitoreo continuo de riesgos. Finalmente, se destaca que la vigilancia profesional activa y la corresponsabilidad familiar son la única autonomía real del neonato para garantizar un entorno libre de eventos evitables.

Palabras clave: *seguridad del paciente; recién nacido; accidentes por caídas; evento adverso; vigilancia sanitaria de servicios de salud.*

ABSTRACT

In the field of neonatology, newborn safety represents a critical challenge that transcends conventional definitions of a fall. This article explores the prevention of falls and accidental drops, defined as sudden descents resulting in the neonate's involuntary contact with the floor or other surfaces. In Argentina, it is estimated that this reality could potentially affect between 240 and 660 newborns each year; a figure that reminds us that, due to their absolute fragility, every neonate faces a universal risk.

In response to this scenario, a shift in care culture is proposed through three fundamental pillars: protecting the care setting, by securing physical barriers such as incubators; ensuring safety in movement, which demands extreme vigilance during transfers and procedures; and consolidating institutional sustainability through operational management that promotes reflective transparency regarding errors and continuous

1. Licenciada en Enfermería. Enfermera asistencial, Servicio de Neonatología, Hospital Municipal Materno Infantil, San Isidro, Provincia de Buenos Aires, Argentina. ORCID 0009-0003-2910-9309

Correspondencia: mariadoloreslolosalud@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 24 de febrero de 2026

Aceptado: 19 de junio de 2026

risk monitoring. Finally, it is highlighted that active professional oversight and family co-responsibility represent the neonate's only true autonomy in guaranteeing an environment free from avoidable events.

Keywords: *patient safety; infant, newborn; accidental falls; adverse events; health services surveillance.*

RESUMO

No âmbito da neonatologia, a segurança do recém-nascido representa um desafio crítico que transcende as definições convencionais de queda. Este artigo explora a prevenção de quedas e impactos acidentais, definidos como descidas repentinas que resultam no contato involuntário do neonato com o solo ou outra superfície. Na Argentina, estima-se que esta realidade poderia afetar potencialmente entre 240 e 660 recém-nascidos a cada ano; uma cifra que recorda que, devido à sua fragilidade absoluta, todo neonato enfrenta um risco universal.

Diante deste cenário, propõe-se transformar a cultura do cuidado por meio de três eixos: a proteção do cenário do cuidado, garantindo barreiras físicas como incubadoras; a segurança no movimento, que exige vigilância extrema durante traslados e procedimentos; e a consolidação da sustentabilidade institucional, por meio de uma gestão operacional que promova a transparência reflexiva diante do erro e o monitoramento contínuo de riscos. Finalmente, destaca-se que a vigilância profissional ativa e a corresponsabilidade familiar são a única autonomia real do neonato para garantir um ambiente livre de eventos evitáveis.

Palavras-chave: *segurança do paciente; recém-nascido; acidentes por quedas; eventos adversos; vigilância de serviços de saúde.*

doi: https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n51.02

Cómo citar: Ramírez Martiarena MD. Hacia caída cero en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Rev Enferm Neonatal*. Agosto 2026:51:15-22.

INTRODUCCIÓN

En el entorno de la neonatología, la definición de caída trasciende el concepto convencional y plantea un desafío crítico sobre la seguridad del recién nacido (RN). La Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) define la caída neonatal como un descenso repentino e involuntario, con o sin lesiones para el paciente, que da como resultado que este quede apoyado en el suelo o contra otra superficie, persona u objeto, incluyendo la propia unidad de cuidado, ya sea la incubadora o la cuna.[1] Se considera caída cuando un recién nacido se desliza o cae de las manos, brazos o regazo de cualquier persona –profesional, familiar o visitante–, incluso durante la transferencia entre personas o superficies. La literatura actual sostiene que la caída (*fall)* y el desplazamiento accidental desde los brazos (*drop*) deben considerarse sinónimos para efectos de análisis, independientemente del daño resultante o la superficie de impacto.[1–3]

Por tanto, para estandarizar el lenguaje en este documento, se define el desplazamiento accidental como la pérdida repentina e involuntaria del control físico del neonato mientras se encuentra bajo el cuidado de un adulto, o durante su transferencia entre superficies, resultando en un descenso abrupto del paciente. A diferencia de la caída desde una superficie estática como la incubadora o el lugar de procedimientos, el desplazamiento accidental implica siempre un factor dinámico de manipulación humana, compartiendo con la primera la misma vulnerabilidad y el carácter de evento adverso prevenible.

Partiendo de esta base, la AWHONN apunta a definir el riesgo universal: todo recién nacido, por su absoluta dependencia y vulnerabilidad, es candidato a sufrir una caída.[1] Reportes epidemiológicos de la Joint Commission[3,4] y del National Perinatal Information Center (NPIC)[2] de los Estados Unidos sitúan la incidencia de caídas y desplazamientos accidentales en el entorno intrahospitalario en un rango de 0,6 a 1,6 por cada 1000 nacidos vivos.

En Argentina, de acuerdo con los últimos reportes oficiales de estadísticas vitales de la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS), se registraron 413 135 nacidos vivos en el año 2024.[5] Al extrapolar la incidencia internacional, esta realidad podría afectar potencialmente a un rango de entre 240 y 660 neonatos cada año en nuestro país.

A pesar de que la caída neonatal está tipificada como un evento centinela de notificación obligatoria bajo el marco de la legislación nacional de Seguridad del Paciente, y de la creación del Registro Unificado de Eventos Centinela (RUDEC) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, en la actualidad no se dispone de un sistema de acceso público con estadísticas epidemiológicas específicas y consolidadas sobre este suceso. Esta brecha en el registro específico de caídas no debe interpretarse como una ausencia de incidentes, sino como una excelente oportunidad de mejora institucional para promover una cultura de reporte

transparente, reflexiva, no punitiva, que visibilice el problema y permita consolidar planes de prevención locales eficaces, asumiendo el compromiso de caída cero no solo como una meta institucional, sino como un imperativo ético.

Desde esta perspectiva, el neonato se reconoce como un sujeto de alto riesgo universal. Debido a su fragilidad absoluta, este riesgo posee un carácter predominantemente extrínseco, condicionado por la salvaguarda del entorno, el manejo de los dispositivos y la intervención de los cuidadores. Este abordaje se alinea estrictamente con la Meta 6 de Seguridad del Paciente de la Joint Commission International, cuyo objetivo es reducir el daño derivado de las caídas mediante la consolidación de una vigilancia profesional ininterrumpida, la cual constituye, en última instancia, la única autonomía real del recién nacido.[6]

El presente artículo tiene como objetivo sensibilizar y fortalecer el compromiso profesional en la prevención de accidentes por caídas y deslizamientos neonatales. Busca promover una vigilancia activa en el escenario de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), abordando la complejidad de su entorno tecnológico, sus dinámicas de manejo clínico y las pautas estratégicas para la gestión institucional, transformando nuestra mirada del cuidado en una presencia protectora que garantice un espacio profundamente humano, seguro y libre de riesgos evitables.

Para su comprensión, el texto se organiza en tres dimensiones fundamentales:

A. **El escenario del cuidado:** enfocado en las barreras físicas, la adecuación tecnológica y la consolidación de la alianza familiar a través de la corresponsabilidad empática.

B. **La seguridad en el movimiento:** centrada en los momentos críticos de transferencia, transporte y procedimientos clínicos que exigen una vigilancia profesional absoluta.

C. **La sostenibilidad institucional:** orientada a las propuestas de gestión operativa, a la cultura de transparencia reflexiva ante el error, el uso de herramientas de monitoreo y la implementación de estrategias de prevención.

A. EL ESCENARIO DEL CUIDADO: BARRERAS DE PROTECCIÓN

Dado que el riesgo no depende de la propia movilidad del neonato, la prevención se basa en la integridad de las barreras físicas y la disciplina del equipo. La falla suele radicar en el quiebre de los hábitos de seguridad; aquí, la vigilancia de enfermería es la única autonomía del neonato.

El cierre seguro

Aunque las incubadoras son entornos cerrados, su seguridad depende del correcto trabado de puertas. Se prioriza el cierre silencioso, delicada técnica para percibir el clic de seguridad con presión controlada, protegiendo el neurodesarrollo. Es imperativo realizar una verificación visual y un test de tracción manual tras cada intervención que requirió la apertura de ventanas para confirmar que el mecanismo ha quedado anclado.[7]

Las servocunas, por su diseño abierto y barandas de baja altura, presentan mayor vulnerabilidad. La norma es absoluta: cuatro barandas elevadas y trabadas. Si se bajan, la vigilancia visual resulta insuficiente; la mano del operador debe constituirse en una barrera física y efectiva constante. Esta presencia táctil previene deslizamientos ante reflejos bruscos, reafirmando que el contacto humano es el componente final del sistema de seguridad.

Gestión del entorno y control de tracciones

La seguridad emerge de la organización armónica del equipo. Un entorno sobrepasado por sensores, cables y circuitos de ventilación sin disposición consciente puede comprometer la integridad del paciente.[8,9] Cada conexión requiere una longitud precisa: flexible para respetar el movimiento natural, pero firme para evitar tensiones. Una tubuladura tensa actúa como palanca mecánica capaz de traccionar al recién nacido hacia los bordes de la unidad o zonas de riesgo. La protección reside en la supervisión constante, asegurando que cada conexión actúe como aliado y no como amenaza para la integridad del recién nacido.

Educación y corresponsabilidad familiar

Integrar a los padres es una educación empática imprescindible que los vuelve custodios activos.[10,11] Esta alianza comienza con el aprendizaje del clic de seguridad y la regla de la distancia cero. En la UCIN, el segundo que toma alcanzar un insumo fuera del alcance inmediato basta para romper la barrera de protección. La premisa es absoluta: ningún recién nacido debe permanecer con la baranda baja o puerta abierta sin que la mano del cuidador actúe como ancla constante. El personal de enfermería, en su rol de educador

Tabla 1. Estrategias para la prevención de caídas neonatales

Dimensión	Subárea	Riesgo identificado	Estrategias de prevención	Rol de enfermería
Escenario del cuidado	Cierre seguro	Apertura accidental por falla de ventanas, puertas o barandas bajas.	Técnica del cierre silencioso, test de tracción manual y cuatro barandas elevadas.	Verificación visual y mecánica sistemática post-intervención.
	Gestión del entorno	Tracción mecánica por sensores y circuitos tensos.	Organización consciente del equipamiento con longitud precisa y flexible.	Supervisión y reordenamiento continuo del entorno tecnológico.
	Corresponsabilidad familiar	Manipulación insegura o quiebre de barreras por desconocimiento.	Educación empática sobre la regla de la distancia cero y el clic de seguridad.	Capacitación, validación de prácticas parentales y acompañamiento continuo.
	Uso de la incubadora de transporte	Desplazamientos o colisiones durante traslados fuera de la UCIN.	Restricción de traslados en brazos; uso de unidades con estructura de hierro y frenos activos.	Garantizar la transferencia y el tránsito seguro entre servicios.
	Atención plena	Fragmentación cognitiva y distracciones durante procedimientos.	Promoción del silencio operativo y enfoque unidireccional de la tarea.	Presencia consciente, vigilancia activa y retiro de equipos defectuosos.
	Trabajo en equipo	Fallas de coordinación multidisciplinar al pie del paciente.	Asignación de roles (sostén en espejo) y comunicación de cierre estandarizada.	Liderazgo de la seguridad y sincronización verbal del cierre de la unidad.
Seguridad en el movimiento	Transiciones asistidas	Pérdida de control físico o deslizamiento (*drop*) durante transferencias.	Trayectos despejados, movimientos suaves y provisión de soporte ergonómico familiar.	Supervisión directa y resguardo de la estabilidad de accesos y CPAP.
	Contacto piel a piel (COPAP)	Deslizamiento por fatiga del cuidador o tracción de dispositivos invasivos.	Fijación previa de accesos, soporte ergonómico estricto y evaluación del cansancio familiar.	Monitoreo continuo del binomio como sostén invisible (Alerta 66 JCI).
	Superficies de exposición	Caídas o sobresaltos en balanza, baño o procedimientos.	Pesaje contenido, contención manual (mano en C) y técnica de baño envoltura (*swaddled bathing*).	Protección física constante; prohibición absoluta de dejar solo al neonato.
Factores clínicos	Dinámica biológica del paciente	Movimientos bruscos, involuntarios o desorganizados (encefalopatías, abstinencia, convulsiones).	Adecuación de nidos, estabilización neuromuscular previa y reducción de estímulos ambientales.	Evaluación clínica continua del riesgo dinámico y ajuste de las barreras humanas.

Fuente: Elaboración propia.

y custodio, validará constantemente estas prácticas, asegurando que el entorno del bebé sea siempre un refugio seguro.

La incubadora

La incubadora es el único entorno seguro para el descanso y la estabilidad del paciente. La estructura de hierro y el uso de frenos de bloqueo son medidas de seguridad pasiva esenciales que evitan desplazamientos accidentales ante apoyos externos o colisiones involuntarias. Cualquier traslado fuera de la UCIN para estudios complementarios debe realizarse estrictamente dentro de una unidad de transporte adecuada y nunca en brazos.[12] Esta práctica funciona como cinturón de seguridad ante tropiezos, garantizando que la incubadora o la cuna sean un nido móvil que preserva la integridad del recién nacido durante el tránsito.

La atención plena

La eficacia de las barreras queda anulada ante la fragmentación de la atención. En la UCIN, la concentración en el trabajo es un estado mental necesario y crítico. Promover un silencio operativo beneficia el neurodesarrollo y permite centrar los sentidos en el procedimiento actual. La seguridad se quiebra en la distracción; al manipular la unidad o realizar una transferencia, la atención debe ser unidireccional: la mente donde están las manos.[13]

El cuidado como tarea compartida

La seguridad se fortalece con roles definidos. En estudios de cabecera, mientras el especialista se enfoca en el diagnóstico, enfermería garantiza la estabilidad. Por su parte, el equipo médico de neonatología asegura de manera espontánea la verificación de barandas y el cierre como parte de su cultura de seguridad. Esta dinámica se apoya en estrategias clave, tales como el sostén en espejo, donde un profesional interviene mientras otro, desde el lado opuesto, brinda un contacto firme y protector. También se destaca la comunicación de cierre para sincronizar el final del procedimiento, implementando un intercambio de frases como una metodología de comunicación efectiva (ej. retiro mis manos/entendido, unidad cerrada y verificada.) que asegure que el recién nacido está bajo resguardo.[14,15]

Ante fallas de un equipo, es imperativo retirarlo y señalizarlo como no seguro; un dispositivo defectuoso es un evento adverso en potencia. [14,15]

B. LA SEGURIDAD EN EL MOVIMIENTO

El riesgo aumenta en zonas de transición, donde la técnica debe fusionarse con una presencia física absoluta.

Transiciones y traslados asistidos

El riesgo se intensifica en los vacíos de barreras al transitar del nido tecnológico a los brazos familiares. Estas maniobras, ya sean para el amamantamiento, la estimulación de la succión al pecho o el sostén en brazos por parte de la familia, requieren una ejecución suave y precisa. Es vital asegurar que el familiar cuente con un soporte ergonómico adecuado que prevenga un desplazamiento accidental del recién nacido. Cada trayecto requiere un entorno despejado de cables. Toda transferencia debe proteger la estabilidad de los soportes vitales como la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) o los drenajes, entendiendo que cada movimiento es un puente entre tecnología y afecto.[16,17]

El contacto piel a piel (COPAP)

El contacto piel a piel inmediato y progresivo es un derecho esencial y un pilar del neurodesarrollo; sin embargo, el escenario de la UCIN presenta desafíos de seguridad particulares ante la presencia de dispositivos invasivos, el estrés ambiental y el agotamiento acumulado de los familiares, factores que no pueden ser ignorados.[11,16,18] Siguiendo las recomendaciones de la Alerta de Evento Centinela número 66 de la Joint Commission,[4] la vigilancia profesional se convierte en el sostén invisible que garantiza que este primer vínculo ocurra resguardado de incidentes por deslizamiento o caídas accidentales.

Superficies de exposición

El control de peso y el baño son momentos de extrema vulnerabilidad que exigen un enfoque integral desde el cuidado del neurodesarrollo y la seguridad. Actualmente, las prácticas de antropometría y confort han evolucionado hacia modelos de mínima estimulación y contención física. En la balanza, el uso de nidos o sábanas protectoras pre-pesadas previene las respuestas reflejas de sobresalto; asimismo, la mano del profesional en forma de C suspendida sobre el torso, sin ejercer presión directa, funciona como un anclaje invisible ante cualquier movimiento imprevisto. Durante el baño, la implementación de la técnica de

baño envoltura o con contención reduce drásticamente el estrés neuromuscular y térmico, minimizando los desplazamientos defensivos,[19] mientras que el agarre firme del brazo distal por parte del adulto garantiza la estabilidad en el agua. En superficies abiertas destinadas a la colocación de vías o toma de muestras, jamás debe dejarse al neonato solo.[18] La colaboración física y la asistencia de un colega permiten alcanzar la máxima concentración en la técnica y garantizan la protección absoluta del paciente.

Factores situacionales de riesgo clínico

El riesgo de desplazamiento varía de manera dinámica según la condición clínica del paciente. Los recién nacidos en etapa de recuperación nutricional poseen mayor fuerza y energía de desplazamiento, mientras que aquellos que cursan con encefalopatías presentan movimientos desorganizados e impredecibles. Bajo esta misma alerta, cuadros que cursan con alta irritabilidad neuromuscular –como el síndrome de abstinencia o los episodios convulsivos– exponen al neonato a temblores graves, crisis espasmódicas y reflejos de sobresalto hiperactivos. Estos movimientos bruscos e involuntarios alteran los límites del nido y duplican el riesgo de una pérdida de sujeción física. La evaluación clínica continua debe traducirse en un refuerzo inmediato de las barreras físicas y humanas; la seguridad no es estática, sino que se adapta al nivel de actividad, las crisis biológicas y el desarrollo de cada paciente.

C. SOSTENIBILIDAD INSTITUCIONAL: HACIA LA META DE CAÍDA CERO EN LA UCIN

El tránsito de una meta declarativa como la de caída cero hacia una práctica clínica arraigada exige evolucionar y consolidar la cultura organizacional del servicio. La seguridad del paciente no se consolida mediante la formalización de protocolos o guías de procedimientos, sino a través de una cultura proactiva que promueva y unifique los comportamientos del equipo de salud. Para alinear y potenciar las prácticas actuales bajo un enfoque de protección en capas,[20] la gestión del servicio encuentra un soporte valioso en un conjunto de ejes estratégicos diseñados específicamente para el abordaje de la seguridad física, enfocados a la prevención de caídas y deslizamientos como los que se detallan a continuación:

- Establecimiento de un lema compartido: Instituir una consigna común enfocada en el resguardo del recién nacido –visible en carteleras del servicio– funciona como un refuerzo constante que reafirma nuestro compromiso ético con la meta de cero caídas.
- Simulacros de seguridad del entorno: Realizar ejercicios prácticos en la unidad para entrenar la capacidad de respuesta rápida ante fallas en las barreras físicas –como cierres de incubadoras o trabas de barandas– permite mecanizar las maniobras de contención necesarias para prevenir caídas. Estos ejercicios transforman la teoría en una respuesta refleja, fortaleciendo la vigilancia activa de todo el equipo.
- Entrenamiento en factores humanos e integración familiar: Capacitar al equipo en habilidades no técnicas –como la conciencia situacional ante la fatiga del familiar y la comunicación asertiva– permite incorporar a los padres mediante una orientación empática al pie de la incubadora. Este entrenamiento facilita que la familia reconozca e implemente, de forma natural, el clic de seguridad y la regla de la distancia cero, mitigando así el riesgo de deslizamiento en brazos.
- Capacitación continua y transversal: Incorporar la prevención de incidentes por deslizamientos y caídas en el manejo del recién nacido en la UCIN dentro de las instancias de formación de todo el ámbito hospitalario. Esta estrategia asegura que todo profesional –permanente, especialistas de interconsulta, personal de higiene– comparta un lenguaje común y domine las maniobras seguras de sujeción, integrando la seguridad física como un estándar institucional ineludible.
- Monitoreo del riesgo y retroalimentación clínica: Consolidar un sistema de seguimiento mediante indicadores de seguridad que actúen como señales de alerta. La clave reside en la devolución sistemática de estos resultados al personal de la UCIN, transformando los datos en información objetiva para la mejora asistencial. Mediante el análisis periódico de reportes, se identifican y resuelven en equipo las fallas latentes, garantizando que cada evento analizado se traduzca en ajustes concretos sobre el terreno, sin burocratizar la tarea asistencial.
- Auditoría mediante simulación (*safety walkthroughs*): Implementar recorridos de seguridad colaborativos liderados por la supervisión de enfermería y el comité de seguridad del paciente. Estas auditorías analizan los procesos en tiempo real, para detectar de manera proactiva dispositivos defectuosos, cables en tensión o brechas en

la atención plena, permitiendo una intervención inmediata antes de que se produzca un evento adverso.[21]

Cabe destacar que la implementación de estos ejes debe entenderse como un proceso progresivo de mejora continua, sujeto a las particularidades asistenciales y a la disponibilidad de recursos de cada unidad. No obstante, esta flexibilidad no exime el compromiso con el estándar de seguridad, entendiendo que la cultura institucional es una construcción dinámica que se consolida mediante la vigilancia y la responsabilidad compartida, y no como un estado final alcanzable de forma instantánea.

CONCLUSIONES

La meta de caída cero nace de una verdad fundamental: el recién nacido habita un espacio de vulnerabilidad absoluta donde su seguridad depende enteramente de nuestra vigilancia. Este artículo ha demostrado que, en la UCIN, el riesgo de caídas y deslizamientos es una constante que requiere un abordaje integral, trascendiendo los protocolos aislados para consolidar una sostenibilidad institucional basada en la excelencia.

El verdadero compromiso profesional se manifiesta al integrar la seguridad física como un estándar ineludible, donde la calidad del cuidado es el resultado de un sistema organizado y consciente. Al promover una cultura de vigilancia activa y una gestión operativa basada en el análisis reflexivo, logramos transformar la práctica diaria en un entorno de protección confiable. En última instancia, la vigilancia profesional no es solo una tarea asistencial; es el ejercicio de la única autonomía real que el recién nacido posee. Si bien la excelencia en neonatología abarca múltiples dimensiones de conocimiento y cuidado, la seguridad constituye su pilar innegociable. Proteger al neonato mediante un entorno consciente y sostenible es, por tanto, el compromiso ético que garantiza el inicio de una vida libre de eventos evitables.

REFERENCIAS

1. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Prevention of Newborn Falls/Drops in the Hospital: AWHONN Practice Brief Number 9. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2020;49(5):500-2. doi: 10.1016/j.jogn.2020.06.004.

2. National Perinatal Information Center. Readiness, Recognition, and Response: Prevention of Newborn Falls. April 2023. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: https://cheerequity.org/wp-content/uploads/2025/10/Readiness-Recognition-and-Response.-Prevention-of-Newborn-Falls.NPIC-GE.2023.pdf

3. The Joint Commission. Preventing newborn falls and drops. Quick Safety. Mar 2018;40:1-2. [Consulta: 23 de juno de 2026]. Disponible en: https://digitalassets.jointcommission.org/api/public/content/663baf3e0c1647358b4e8204b3f7a126?v=9410ee88

4. The Joint Commission. Sentinel Event Alert 66: Eliminating disparities for pregnant patients. 2023;66:1-5. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-alert-66-preventing-newborn-falls-and-drops/

5. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Estadísticas Vitales: Información de Nacidos Vivos y Defunciones. Buenos Aires: Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS); Serie 5, Número 2024. Buenos Aires: MSAL; 2026. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: https://datos.salud.gob.ar/dataset/nacidos-vivos-registrados-por-jurisdiccion-de-residencia-de-la-madre-republica-argentina-ano

6. Joint Commission International. International Patient Safety Goals (IPSG): Goal 6: Reduce the Risk of Patient Harm Resulting from Falls. En: Standards for Hospitals. 7a ed. Oakbrook Terrace (IL): JCI; 2020. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: https://www.jointcommission.org/en/standards/international-patient-safety-goals

7. Dräger. Isolette 8000 SC: Incubadora para bebés. Manual de instrucciones. Lübeck, Alemania: Drägerwerk AG & Co. KGaA; 1º Edición. 1998. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: http://www.frankshospitalworkshop.com/equipment/documents/infant_incubators/user_manuals/Dr%C3%A4ger%20Incubator%208000%20SC%20-%20User%20manual%20(es).pdf

8. Perapoch López J, Pallás Alonso CR, Linde Sillo MA, Moral Pumarega MT, Benito Castro F, López Maestro M, et al. Cuidados centrados en el desarrollo: Situación en las unidades de neonatología de España. *An Pediatr (Barc).* 2006;64(2):132-9. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: https://www.analesdepediatria.org/es-cuidados-centrados-el-desarrollo-situacion-articulo-13084172

9. Sánchez Bañuelos LG, Pérez Gutiérrez J, Tamaris Velázquez FE, Delgado Rubio M. Seguridad del neonato hospitalizado. Aproximaciones y propuestas. *Enferm Univ*. 2012;9(2):31-8. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v9n2/v9n2a4.pdf

10. American Academy of Pediatrics, Committee on Hospital Care; Institute for Patient- and Family-Centered Care. Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 2012 Feb;129(2):394-404. doi: 10.1542/peds.2011-3084.

11. Patient Safety Movement Foundation. Mother/Baby Falls: Actionable Patient Safety Solutions (APSS). Irvine (CA): Patient Safety Movement Foundation; 2024. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: https://psmf.org/wp-content/uploads/mother-baby-falls.pdf

12. Benítez C. Implementación de un protocolo para reducir el riesgo de caídas de recién nacidos en internación conjunta. *Rev Enferm Neonatal*. Abr 2025;47:16-28. doi: https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n47.02.

13. Brado L, Tippmann S, Schreiner D, Scherer J, Plaschka D, Mildenberger E, et al. Patterns of Safety Incidents in a Neonatal Intensive Care Unit. *Front Pediatr*. 2021 Jun 10;9:664524. doi: 10.3389/fped.2021.664524.

14. British Association of Perinatal Medicine (BAPM). Service Standards for Hospitals Providing Neonatal Care. Londres: BAPM; 2022. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: https://www.bapm.org/resources/service-standards-for-hospitals-providing-neonatal-care

15. Safer Care Victoria. Neonatal clinical guidance. Melbourne: State Government of Victoria; 2020. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: https://www.safercare.vic.gov.au/clinical-guidance/neonatal

16. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica: Cuidados del Recién Nacido Sano. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2021. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: https://publicaciones.msal.gov.ar/items/7d4e33d0-379a-4c2f-b44c-9f664531853b/full

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada al recém-nascido: Método Canguru. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf

18. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Immediate and Sustained Skin-to-Skin Contact for Healthy Late Preterm and Term Newborns After Birth: AWHONN Practice Brief Number 14. *Nurs Womens Health..* 2021 Oct;25(5):e9-e11. doi: 10.1016/j.nwh.2021.07.003.

19. Edraki M, Paran M, Montaseri S, Razavi Nejad M, Montaseri Z. Comparing the effects of swaddled and conventional bathing methods on body temperature and crying duration in premature infants: A randomized clinical trial. *J Caring Sci*. 2014 Jun 1;3(2):83–91. doi: 10.5681/jcs.2014.009.

20. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud. Ginebra: OMS; 2021. [Consulta: 23 de junio de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705

21. Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, Frankel A, Helmreich RL. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: A randomized trial of clinical units[ISRCTN85147255] [corrected]. *BMC Health Serv Res*. 2005 Apr 11;5(1):28. doi: 10.1186/1472-6963-5-28. Erratum in: BMC Health Serv Res. 2005 Jun 10;5:46. doi: 10.1186/1472-6963-5-46.